

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

41

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 novembre 1900 à 1 heure

Par FERNAND POIRAULT

Né à Lavausseau (Vienne) le 5 mai 1877.

— * —

LA

MORT SUBITE PAR INHIBITION

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Jugés : MM. BOUCHARD, professeur.
DUPRÉ et THIROLOIX, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

41

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 novembre 1900 à 1 heure

Par FERNAND POIRAULT

Né à Lavausseau (Vienne) le 5 mai 1877.

*

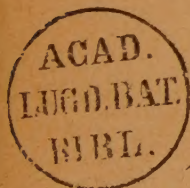
LA

MORT SUBITE
PAR INHIBITION

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : { MM. BOUCHARD, professeur.
DUPRÉ et THIROLOIX, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
Clinique chirurgicale	}	DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUD.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements	}	BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et d'amour filial.

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE LE DOCTEUR GAUCHER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

LA
MORT SUBITE
PAR INHIBITION

INTRODUCTION

L'expression « mort-subite », prise en son sens général et précis, est un pléonasme : toute mort est subite, puisque la vie cesse avec le dernier soupir, le dernier battement de cœur. Les préliminaires sont plus ou moins prolongés, le fait lui-même est instantané : il est impossible de concevoir une mort qui ne serait pas subite.

Au point de vue particulier de la médecine légale, on dit que la mort est subite lorsqu'elle survient en quelques secondes, quelques heures et même quelques jours chez des individus jouissant d'une bonne santé ou atteints de maladies dont les symptômes ne laissaient pas prévoir une terminaison aussi immédiate. Ces morts ne sont pas, en réalité, plus subites que les autres, mais elles se présentent à l'improviste, sans que nous nous y attendions,

et retiennnent notre attention par leur imprévu plus que par leur instantanéité. La mort subite est une mort précédée de circonstances rapides et imprévues.

A l'autopsie d'individus morts subitement, on trouve le plus souvent des lésions caractéristiques suffisantes pour expliquer la mort. Quelquefois ces lésions sont moins nettes, mais grâce aux renseignements fournis sur les circonstances qui ont précédé ou accompagné la mort, il apparaît d'une manière évidente que ces lésions en sont bien la cause. Dans d'autres cas encore, on ne trouve rien à l'autopsie, et les renseignements sur les derniers moments de la vie font défaut : la cause de la mort reste alors ignorée.

Il peut arriver enfin qu'on sache à quelle occasion et de quelle façon la mort est survenue, mais qu'on ne trouve rien à l'autopsie. Il en est ainsi lorsqu'un individu bien portant reçoit un coup dans une région déterminée du corps, le ventre par exemple, et meurt subitement, sans que ce coup laisse de lésion appréciable à l'autopsie. On dit alors qu'il y a eu *mort subite par inhibition*.

C'est ce genre de mort qui fait l'objet de notre thèse. Nous ne prétendons point faire un travail original : nous n'apportons même pas de nouveaux matériaux à l'histoire de la mort subite par inhibition. Nous avons voulu surtout vulgariser cette importante question en groupant des observations, en rassemblant les connaissances acquises, en cherchant à dégager et à mettre en lumière l'esprit général et les résultats des travaux théoriques et pratiques auxquels a donné lieu l'inhibition.

Nous avons divisé notre travail de la façon suivante :

la première partie sera documentaire et contiendra les observations diverses que nous avons recueillies ; la deuxième partie sera théorique et traitera de l'inhibition au point vue physiologique ; dans la troisième partie, nous analyserons et interpréterons les phénomènes observés, et nous rechercherons quel doit être le rôle du médecin légiste dans les cas de ce genre.

L'idée de cette thèse nous a été suggérée par M. le Dr Descoust, chef des travaux de médecine légale. Nous le prions d'accepter nos vifs remerciements.

Nous sommes heureux, en arrivant au terme de nos études médicales, d'exprimer à notre maître M. le Dr Gaucher, toute notre reconnaissance et notre gratitude.

Nous remercions sincèrement M. le professeur Hutinel pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

PREMIÈRE PARTIE

Nous avons, dans cette première partie, réuni les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale. Ces observations ne sont pas très nombreuses, parce que les faits d'inhibition mortelle sont rares ; parce que nous avons éliminé tous les cas qui n'étaient pas absolument nets ou qui étaient incomplets, parce que, enfin, malgré nos recherches, beaucoup de faits nous ont sans doute échappé.

Pour que la mort soit attribuable à l'inhibition, deux conditions sont nécessaires ; admettons par exemple que la cause occasionnelle soit un coup porté dans une région du corps : il faut, d'abord, que la mort soit immédiate, ou tout au moins qu'aucun phénomène ne vienne se surajouter entre l'instant où le coup a été donné et l'instant de la mort ; il faut, en second lieu, que l'autopsie établisse qu'il n'existe aucune lésion, ou, s'il en existe, que les lésions constatées, récentes ou anciennes, imputables ou non imputables au traumatisme, sont insignifiantes et incapables, par elles-mêmes, d'avoir entraîné la mort. Ainsi, nous ne ferions pas entrer dans le cadre de notre thèse le cas d'un individu mort à la suite d'un traumatisme léger, chez lequel on trouverait, à l'autopsie, une lésion car-

diague; car, dans un cas semblable, on ne peut pas faire la part qui revient au traumatisme et celle qui revient à la lésion. Il va sans dire enfin, que, pour que la mort soit attribuable à l'inhibition, il est indispensable que les circonstances dans lesquelles elle est survenue soient connues, et cela d'une façon aussi nette que possible; autrement on ne peut faire que des hypothèses.

Les parties du corps humain dont la contusion peut provoquer la mort subite sont surtout : les organes génitaux, le larynx et l'abdomen.

Etudions d'abord les faits qui se rapportent à des contusions des organes génitaux de la femme. Un point doublement intéressant pour le médecin légiste est la question de la mort subite par inhibition dans l'avortement criminel.

Lorsqu'une femme veut se faire avorter, elle essaye, et en général dans l'ordre suivant, différents moyens : d'abord elle absorbe des substances, réputées abortives, rue, sabine, etc..., dont l'effet est presque toujours nul, à moins qu'il n'en résulte des symptômes généraux graves; puis, comme ces moyens sont insuffisants, elle passe à des pratiques un peu plus violentes, telles que coups sur le ventre, chutes volontaires, usage et abus des exercices physiques; ces pratiques manquent souvent leur but. Aussi doit-elle arriver à des procédés plus certains : ce sont, presque toujours, la ponction ou le décollement des membranes de l'œuf. La ponction se fait avec des instruments variés, aiguilles, ciseaux, etc.; c'est un procédé à la fois difficile, parce qu'il peut rencontrer l'œuf, et dangereux, parce qu'il peut laisser des traces. Le décol-

lement, qui se fait à l'aide d'une injection, est aussi difficile que la ponction, mais beaucoup moins dangereux, puisqu'il ne laisse pas de traces.

C'est ce dernier procédé qu'employait une avorteuse célèbre, la fille Thomas, condamnée à l'occasion d'un décès qui survint pendant des tentatives d'avortement. L'autopsie de la victime fut faite par M. Vibert, et l'affaire est relatée dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* de 1893 : « La fille Thomas opérait toujours de la même façon, et se servait d'un petit injecteur vaginal consistant en une boule et un tuyau de caoutchouc. Elle introduisait la canule dans le col de l'utérus, sans avoir recours au spéculum, ni même au toucher préalable. La canule était portée directement et d'emblée au fond du vagin avec une seule main ; elle était mise en place après quelques tâtonnements en général fort courts, ne durant guère, disaient les opérées, plus d'une ou deux minutes, et ensuite l'injection était faite avec de l'eau, ou une infusion d'une plante quelconque.... Ces manœuvres n'occasionnaient jamais de douleurs, ni pendant l'introduction de la canule ni pendant l'injection du liquide. Cinq femmes seulement disent avoir souffert ; encore deux d'entre elles ont été opérées par Floury, l'amant de la fille Thomas, qui, trouvant lucratif le métier de sa maîtresse, voulait s'y essayer mais y a toujours montré la plus grande maladresse.

Mais, si l'opération n'occasionnait pas de douleurs locales, il arrivait parfois qu'elle provoquait un état de malaise général, des troubles indiquant une perturbation profonde des fonctions du système nerveux. Sur les 72 clientes de la femme Thomas qui ont été examinées, il en

est six qui, pendant l'injection ou quelques minutes après, ont été prises de défaillances, de lipothymie, d'étourdissements, de vomissements, état qui a duré en général plusieurs heures, pour disparaître ensuite sans laisser de traces ».

Une d'elles enfin est morte subitement. Voici son observation :

OBSERVATION I

La fille M..., bien constituée, vigoureuse, jouissant habituellement d'une bonne santé, sans antécédents nerveux, était enceinte de 4 mois 1/2. Elle se confie à la femme Thomas pour se faire avorter ; celle-ci, en présence d'une autre femme, la fait coucher sur un lit, lui introduit dans les parties génitales une canule qu'elle fait pénétrer directement (toujours sans toucher vaginal et sans spéculum), dans le col de la matrice. Elle s'apprêtait à faire passer de l'eau à travers cette canule en manœuvrant la boule de l'injecteur, quand la fille M.... s'est plainte d'un grand malaise. Elle a glissé sur le sol, a perdu connaissance, a poussé quelques gémissements sans pouvoir parler, et est morte au bout d'un temps qui n'a pu être spécifié exactement, mais qui ne paraît pas avoir dépassé quelques minutes.

A l'autopsie. — Col de l'utérus intact, fermé ; membranes de l'œuf non ouvertes ni décollées. Tous les organes étaient parfaitement sains, y compris l'utérus, qui présentait seulement quelques petits corps fibreux ne dépassant pas le volume d'une noisette ». (Dr Vibert, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1893).

L'observation suivante a trait à un cas analogue :

OBSERVATION II

Dr Vibert, Société de médecine légale, 7 juillet 1890.

« J'ai fait dernièrement l'autopsie d'un cadavre d'une jeune femme qui avait été apportée dans un hôpital par deux autres femmes déclarant l'avoir ramassée dans la rue. L'autopsie ne put révéler les causes de la mort ; je ne constatai en effet qu'une grossesse de 4 mois environ, sans aucune trace de traumatisme des organes génitaux, et sans commencement de travail. L'instruction qui fut faite permit cependant de reconstituer les faits suivants : cette jeune femme, enceinte de 4 mois, avait résolu de se faire avorter, et s'était adressée pour cela à une femme connue pour se livrer à des pratiques de ce genre. Or, voici ce qui se passa, tous les détails ayant été fournis ultérieurement par l'avorteuse et sa complice, qui avouèrent tous les faits dont elles étaient incriminées. L'avorteuse introduisit dans le col utérin la canule d'un petit injecteur en caoutchouc, et, au moment où elle s'apprêtait à presser sur la poire, la jeune femme fut prise de tendances syncopales, puis de symptômes plus graves, et, en quelques minutes, elle succomba. Cette jeune femme avait, une heure auparavant, mangé abondamment ».

Un troisième exemple de mort subite à l'occasion de pratiques abortives nous est fourni, avec une grande précision de détails, par une observation du Dr Perrin de la Touche.

OBSERVATION III

(Dr Perrin de la Touche, Soc. de méd. légale, 11 mai 1896).

Le 12 novembre 1895, le parquet de Rennes était prévenu que, dans une commune des environs, une veuve V. était morte subitement la veille, au moment où une femme L. pratiquait sur elle des manœuvres abortives.

La femme V., aubergiste, âgée de 42 ans, mère de 6 enfants, et veuve depuis 2 ou 3 ans, était de nouveau devenue enceinte, et, craignant un scandale, avait résolu de se faire avorter. Ayant, a-t-on dit, essayé sans succès divers breuvages et poudres, elle se serait enfin adressée, pour la débarrasser, à la femme L., qui avait dans le pays la réputation de *défaire les garçailles*.

Le 11 novembre, la femme L. était venue dans la matinée à l'auberge de la veuve L. V., et, après quelques pourparlers, s'était enfermée avec elle dans sa chambre à coucher. Voici, d'après les interrogatoires de l'inculpée, la femme L., ce qui se serait alors passé : les deux femmes auraient fait dissoudre dans de l'eau chaude un peu de sel de cuisine et de savon de Marseille, et auraient versé cette solution dans une bouteille de verre d'une contenance d'environ 75 à 80 centilitres. D'après la femme L., le liquide occupait tout au plus la moitié de la bouteille.

Le veuve V. se serait alors introduit elle-même la canule d'un injecteur dans les parties génitales, étant en position accroupie, et en se servant de ses deux mains.

« Alors, dit la femme L., j'ai pris la bouteille où était le

liquide. Pendant ce temps, la veuve V. s'est étendue sur le lit d'un de ses enfants, tenant la canule avec sa main ; quant à moi, j'ai introduit l'autre extrémité de l'injecteur dans la bouteille et j'ai pressé la boule pour pomper. Aussitôt, la veuve m'a dit « : Cela me fait bien de l'effet ». Je lui ai demandé alors s'il fallait cesser, elle ne m'a pas répondu. Je n'avais pas encore pompé tout le liquide qui était dans la bouteille, mais la moitié tout au plus ». La femme L., voyant ainsi la veuve V. inanimée et sans connaissance, prend peur et appelle la fille aînée de la victime, qu'elle entendait dans la salle d'auberge, lui disant de venir soigner sa mère qui venait de tomber en faiblesse. Malgré les soins de sa fille et des voisins accourus à ses cris, la veuve V. ne donna aucun signe de vie : elle était morte. L'injecteur qui aurait servi serait du genre dit Enema, en caoutchouc jaune avec une seule boule, et muni d'une canule à cinq trous, dont un terminal.

A l'autopsie, on ne rencontre pas de lésions anatomiques révélant la cause de la mort.

On a de même observé la mort subite dans les pratiques obstétricales et gynécologiques journalières. Voici un cas d'inhibition mortelle provoquée par une injection intra-utérine :

OBSERVATION IV

(Bar. Thèse de Sylvestre).

La femme R... Marie, cuisinière, âgée de 31 ans, primipare, entre à la Maternité de l'hôpital St-Louis, le 11 juillet

à 10 heures du matin. Antécédents normaux. Grossesse normale... Le 13, à 4 heures du matin, accouchement spontané, après quelques difficultés dans l'engagement de la tête, dûes sans doute à la présence de corps fibreux dans la paroi de l'utérus. Délivrance normale. La malade ne présente à ce moment rien de particulier.

On fait une injection intra-utérine, parce que les liquides semblent avoir de l'odeur. Au moment où on termine l'injection, la malade a une sorte d'attaque convulsive. Les bras se relèvent, contracturés, le pouce se fléchit dans la paume de la main, la respiration s'arrête. Au bout de quelques instants, cinq à six secousses brusques du diaphragme se produisent, semblables à des hoquets. La face se congestionne, les pupilles sont très dilatées. On pratique, mais en vain, la respiration artificielle. La malade avait succombé.

L'autopsie n'a permis de constater aucune lésion qui fût capable d'expliquer la mort.

Il n'est même pas nécessaire, pour qu'il y ait inhibition mortelle, que l'injection soit intra-utérine ; l'injection vaginale suffit parfois à provoquer la mort subite :

OBSERVATION V

Nous avons autopsié, dit M. Vibert, une femme qui avait été trouvée morte dans sa chambre, un injecteur vaginal placé entre ses jambes ; cette femme était enceinte de quelques mois ; tous ses organes étaient sains, y compris l'utérus.

Le fait suivant fut observé et publié par Lorain :

OBSERVATION VI

Une jeune fille de 16 ans, non déflorée, mais ayant contracté une blennorrhagie, est admise dans son service. Lorain lui-même faisait à sa malade des injections avec une seringue à oreilles, à travers l'orifice de l'hymen. L'opération était bien simple, et ne pouvait donner lieu à aucun traumatisme. A la quatrième injection, cette jeune fille mourut subitement.

Enfin, on a quelques exemples de mort subite survenue à la suite de toucher vaginal, ce qui prouve bien que le traumatisme n'est pas nécessairement violent ni douloureux :

OBSERVATION VII

Je me souviens, dit M. le professeur Brouardel, que pendant mon internat je me trouvais, un soir, avec mon collègue Ch. Martin, dans une salle du service de Gosselin à côté d'un lit où était couchée une femme chez laquelle il devait pratiquer l'examen digital. Il la toucha en effet, puis il alla se laver les mains ; la femme mourut subitement, sans que, non pas M. Martin qui se trouvait à l'autre bout de la salle, mais moi-même qui était resté à côté du lit, j'aie pu donner des soins efficaces, quelque rapides qu'ils aient été. A l'autopsie, on ne trouva qu'une tumeur fibreuse ; tous les organes étaient sains.

Les traumatismes des organes génitaux masculins peuvent également déterminer la mort subite. Mais ces obser-

vations sont plus rares. Nous nous bornerons à l'exemple d'une inhibition mortelle provoquée par un coup sur les testicules :

OBSERVATION VIII

Ivanoff, *Bulgarische Medizinko spiranie*, 1886, juin, p. 440 ; et *Centralb. fur chirurgie*, 1887, n. 30.

Un homme de 40 à 50 ans, dans une lutte avec une femme, reçoit un coup violent sur le scrotum. Il s'écrie aussitôt : « Je suis mort », et tombe mort. Tous les efforts pour le rappeler à la vie sont vains. A l'autopsie, hyperhémie cérébrale et pulmonaire, avec de petites hémorrhagies punctiformes dans le poumon. Pas de grosse lésion. La mort paraît bien due à la syncope causée par la douleur du traumatisme testiculaire.

Tous ces faits prouvent très clairement que les organes génitaux sont spécialement disposés pour le développement des phénomènes d'inhibition traumatique. Il en est de même du larynx.

On doit admettre que, dans quelques cas de strangulation opérée avec la main, la mort survient par action réflexe et non pas par asphyxie. Plusieurs fois, en effet, on a noté une perte de connaissance immédiate. Tout d'abord, certaines expériences faites sur des animaux sont absolument probantes à ce point de vue : c'est ainsi que Paul Bert a provoqué la mort immédiate d'un canard en resserrant brusquement sa trachée ; et que Folk et Holfmann

ont produit l'arrêt subit de la respiration en comprimant le larynx de chiens trachéotomisés.

Taylor cite le cas d'une femme âgée qui fut étranglée dans son magasin par un apprenti, dans un temps si court et si silencieusement, que son mari, qui n'était séparé d'elle que par une mince cloison, n'entendit ni bruit ni désordre pendant que le meurtre se commettait. L'asphyxie n'aurait pu déterminer une fin si rapide, pour ainsi dire instantanée; la mort était survenue par action réflexe (Vibert).

Si de la strangulation, nous passons à la pendaison nous constaterons des phénomènes analogues. On sait que les pendus se présentent sous deux aspects distincts : tantôt ils sont bleus, la figure est cyanosée, le sang est noir, la mort est évidemment due à l'asphyxie ; tantôt ils sont blancs, la face est pâle, le sang peut rester rouge ; on admet alors que la mort est la terminaison d'une syncope due à une action réflexe. En fait, il est établi que, dans la pendaison, la perte de connaissance est assez souvent immédiate, antérieure à tout commencement d'asphyxie ; le récit de ceux qu'on a pu rappeler à la vie en témoigne, et c'est ce qui explique pourquoi des gens sont morts en se suspendant à une corde assez courte pour qu'un faible mouvement leur permit de se mettre debout ; ces pendus avaient perdu connaissance dès l'instant de la suspension. A quoi est due cette brusque syncope? Elle peut sans doute être provoquée par l'anémie cérébrale résultant de la compression des veines et des artères du cou; peut-être aussi par la compression des pneumogastriques et des nerfs laryngés ; mais il est cer-

tain qu'on doit tenir compte également de l'irritation des terminaisons nerveuses au niveau du larynx.

Cette explication est d'ailleurs confirmée et justifiée pleinement par les faits suivants, qui établissent qu'un simple coup, même très léger, porté sur le larynx, peut provoquer une mort subite.

On cite, à ce propos, un fait qui fut l'occasion d'un procès retentissant, mais qui n'a malheureusement pas la valeur d'une observation : Un prêtre, dont la conduite laissait à désirer, est obligé de renvoyer sa maîtresse du presbytère. « La journée avait été assez triste, dit l'abbé Delacollonge, tout était préparé pour son départ ; j'avais le cœur navré d'amertume ; et je lui dis : Nous serions plus heureux si nous étions morts ! Oui, répondit-elle, si nous mourrions ensemble. Je lui dis alors, en plaisantant, car je ne puis trouver d'autre expression : Veux-tu que j'essaye si je te ferai bien mal ? Essaye ! reprit-elle. Nous étions debout ; je la pris par le cou ; c'était de ma part un jeu innocent, elle-même s'y prêtait le sourire sur les lèvres. Tout à coup, elle fit un signe de douleur, agita les mains, mais sans pousser un seul cri ; je cessai alors la pression, et elle tomba. Je la relevai ; elle était morte ». (Brouardel, mort subite).

Voici un cas plus concluant :

OBSERVATION IX

C. V. Maschka, Vierteljahrschrift fuer ger. Medicin, 1888
t. XXXIV, p. 2037; Minovici, thèse de Paris, 1888.

Le nommé Antoine S... et le nommé P..., celui-ci ayant déjà eu maille à partir avec la justice, se prirent de querelle dans une auberge, le soir du 27 mars 1880. P... saisit S... par les épaules, le poussa ainsi à travers la chambre jusque sur une étagère située contre le mur opposé. Là, S... se débarrassa de son agresseur en lui disant : « Attends que je mette de côté mon tabac et ma blague », ce qu'il fit en effet immédiatement. Ensuite, P... saisit de nouveau S..., et il le poussa contre un des bancs situés dans un des coins de la pièce ; il le courba vers le plancher de telle façon que S... vint buter avec la partie droite de son cou contre le rebord du banc. Ensuite, P... saisit de ses deux mains la tête de S... et le poussa encore deux fois contre le banc. Le cou de S... vint encore buter contre le rebord. Immédiatement après ces violences, S... tomba par terre et expira en quelques secondes. L'enquête judiciaire démontra qu'Antoine S... était fortement adonné à la boisson, mais qu'il s'était toujours bien porté avant l'accident, et ne s'était jamais plaint de quelque affection ou maladie.

Autopsie. — Résultat complètement négatif.

Conclusion. — S... a succombé à une paralysie du cœur survenue subitement à la suite des violences et des coups répétés sur le larynx. Les faits de ce genre étant relativement rares, le nommé P... ne pouvait pas se rendre compte

de la gravité de son action ; il ne pouvait surtout en prévoir l'issue mortelle.

Rapportons encore rapidement deux observations sur le même sujet.

OBSERVATION X

Tardieu raconte le cas d'une vieille femme qui vendait du tabac à priser à un petit gamin ; pendant qu'il attendait son cornet de tabac, ce gamin, intrigué de voir la pomme d'Adam de la vieille remuer dans son cou, donne, comme s'il voulait attraper un papillon, un coup sur le larynx de la débitante : cette femme meurt instantanément.

OBSERVATION XI

Maschka cite l'histoire d'une petite fille qui jouait avec des camarades dans la rue, et qui, recevant une pierre sur la région laryngée, mourut subitement. A l'autopsie on ne trouve aucune trace du coup.

C'est très certainement le mécanisme de l'inhibition que l'on doit invoquer dans les cas de mort occasionnés par un polype du larynx incapable par son volume ou son siège d'apporter un obstacle au passage de l'air.

Les coups dans la région épigastrique ont été plusieurs fois suivis de mort subite. M. le Professeur Hutinel nous racontait le fait suivant : Une infirmière, plaisantant avec

des malades, reçoit de l'un d'eux une poussée assez brutale qui la projette sur une porte; son ventre heurta si malheureusement le bouton de la porte qu'elle succomba en quelques instants. M. Hutinel ne trouva à l'autopsie qu'une vaso-dilatation considérable dans tous les organes; il y avait aussi, dans le foie, un kyste hydatique suppuré, mais ce kyste n'était pas ouvert.

Voici encore d'autres cas typiques :

OBSERVATION XII

(Minovici, thèse de Paris, 1888. — Observation rapportée par Maschka, Vierteljahrsfuengericht. Med. 1879, vol. XXX-XXX p. 231).

Deux jeunes garçons, le nommé B..., apprenti relieur, et le nommé K..., apprenti tailleur, âgés de 15 ans, se prirent de querelle, et celle-ci dégénéra bientôt en rixe; tout à coup à la suite d'un coup de poing appliqué par K..., sur l'abdomen de B..., ce dernier tombe par terre, perd connaissance, et meurt quelques minutes après. L'enquête démontre que B... jouissait d'une excellente santé avant l'issue fatale.

L'autopsie donne un résultat négatif. Conclusion: le résultat négatif de l'autopsie et d'autre part le fait que le jeune apprenti B..., jouissait, avant l'accident, d'une santé florissante; de plus, l'impossibilité de trouver toute autre cause de mort, jointe à la perte de connaissance et à la rapidité de la mort survenue quelques minutes après le coup sur l'abdomen, prouve que le jeune B... a succombé à une paralysie subite des organes centraux de la circulation et de la respiration....

OBSERVATION XIII

Brouardel.

Deux enfants de 12 à 14 ans, deux apprentis typographes, jouaient dans l'atelier, après le déjeuner ; ils se roulaient par terre, luttent un peu, se bousculent, mais en riant, et sans qu'il y ait eu dispute ou altercation. La cloche qui annonce la reprise du travail sonne ; le petit apprenti qui était à ce moment couché sur son camarade se relève en riant, lui donne un léger coup de pied dans la région épigastrique, et dit : « Tu es vaincu, tes épaules ont touché ! » L'autre veut se relever et retombe mort.

L'autopsie médico-légale eut lieu, et nous n'avons trouvé aucune trace d'ecchymose. Nous n'avons même rien trouvé qui pût expliquer la mort, si ce n'est dans le bulbe un petit point hémorrhagique de la grosseur d'une tête d'épingle.

OBSERVATION XIV

Astley Cooper, *Lectures on Surgery, from notes by Tyrrel, 1824,*
vol. I, p. 10.

Un laboureur plein de santé essayait de soulever un lourd fardeau, quand un autre laboureur vint et lui dit : Ote-toi de là, et laisse essayer quelqu'un de plus capable que toi ». En même temps, il lui donna un léger coup du revers de sa main (a slight blow) sur la région de l'estomac, et le pauvre garçon tomba et expira. A l'examen de son corps, on ne trouva aucune marque de violence.

OBSERVATION XV

Vibert. *Traité de Méd. légale.*

Un jeune homme de vingt ans a une querelle dans un bal public, et reçoit un coup de pied dans le ventre ; les nombreux témoins qui assistaient à la scène déclarent tous qu'il n'y a que cet unique coup de porté. Le jeune homme, s'affaisse immédiatement, perd connaissance et meurt en quelques minutes sans convulsions. A l'autopsie nous ne trouvâmes seulement que deux petites ecchymoses sur la séreuse intestinale ; tous les organes étaient sains. L'individu était en pleine digestion, les chylifères de l'intestin étaient gorgés et très apparents.

Nous avons dit, au début de cette première partie, que ce sont des contusions des organes génitaux, du larynx et de l'abdomen qui provoquent le plus fréquemment la mort subite par inhibition. Mais des observations assez nombreuses permettent de penser que toutes les régions du corps, sous l'influence d'un traumatisme, peuvent être le point de départ de phénomènes inhibitoires mortels. On a vu des cas de mort subite à la suite d'opérations très légères pratiquées sur le voile du palais, le pharynx ou les fosses nasales, à la suite d'une opération de bec de lièvre, à la suite de la dilatation du sphincter anal. Plusieurs fois la ponction des kystes hydatiques du foie a été suivie de mort immédiate, attribuable seulement à une action réflexe.

OBSERVATION XVI

Martineau. (*Gazette des hôpitaux*, 1875, p. 310).

Un homme de 40 ans environ, était atteint d'un kyste hydatique du foie ; on jugea utile de pratiquer une ponction ; celle-ci donna lieu à l'écoulement de quelques gouttes d'un liquide d'abord séreux, puis séro-sanguinolent. Cet écoulement s'arrête brusquement, et aussitôt le malade fut pris d'un malaise subit, de dyspnée, de nausées, de vomissements, d'une expectoration abondante de mucosités mousseuses, et dans l'espace de vingt minutes le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva les lésions d'une pneumonie caséuse, d'un emphysème récent, d'une péricardite ancienne, et dans le foie deux kystes hydatiques.

Ce qui, dans cette observation, semble donner raison à l'hypothèse d'une paralysie du pneumogastrique, c'est que le cœur s'est arrêté brusquement, puisqu'on a fait saigner le malade et que le sang n'a pas coulé.

Tels sont les principaux cas d'inhibition traumatique. Mais il n'est pas nécessaire qu'il y ait traumatisme pour qu'il y ait inhibition, et d'autres phénomènes peuvent être le point de départ de l'action réflexe dont résulte la mort. Nous allons en indiquer quelques-uns.

La submersion donne assez souvent lieu à des inhibitions. De même que pour les pendus, il y a deux catégories de noyés, les noyés bleus et les noyés blancs, c'est-à-dire qu'il y a pour les noyés deux façons de mourir. Dans le premier cas, celui des noyés bleus (et c'est le

plus fréquent), l'individu qui tombe à l'eau arrête d'abord volontairement sa respiration pendant un certain temps; puis le noyé devient impuissant à entraver par sa volonté le mécanisme des mouvements respiratoires. A la faveur de ces mouvements, l'eau pénètre dans le pharynx, l'estomac, les voies aériennes. La mort survient par asphyxie, et l'autopsie révèle tous les signes internes de cette asphyxie, spume dans la trachée et les bronches, etc.

Dans le deuxième cas, celui des noyés blancs, la mort survient bien plus par inhibition que par asphyxie. L'individu, au contact de l'eau, perd immédiatement connaissance; il y a dès cet instant arrêt des fonctions nerveuses, et cette syncope provoque une suspension de la respiration. Il en résulte que le noyé ne peut ni avaler, ni aspirer d'eau.

A l'autopsie, on ne retrouve plus les signes habituels de la mort par submersion, et le sang reste habituellement rouge, même dans les veines. Il semble que, dans ce cas, la mort n'est explicable que par une inhibition, due à ce que l'eau vient au contact de la muqueuse pharyngienne ou même laryngienne, et provoque une syncope. Comme le démontrent des expériences faites sur les animaux, l'action réflexe et la syncope se produisent d'autant plus aisément que l'action exercée sur les filets nerveux est plus vive et plus étendue, c'est-à-dire que l'eau est plus froide, et la partie submergée plus riche en terminaisons nerveuses. La syncope expliquerait les cas de ces noyés qui sont restés un assez long temps sous l'eau et qui ont cependant pu être rappelés à la vie; l'asphyxie, au contraire, provoque au bout d'un temps très court des lésions

irréparables ; il s'en suit qu'il vaut mieux, pour un noyé, tomber dans l'eau très froide, puisqu'il a plus de chances d'avoir immédiatement une syncope.

C'est encore une action réflexe que l'on peut invoquer dans le cas de nouveau-nés bien portants qui meurent subitement pendant leur sommeil, sans lutte, sans efforts, sans convulsions, et à l'autopsie desquels on ne trouve pas de lésions. On pense généralement que la mort est due à un étouffement accidentel par les draps, couvertures, oreillers, etc. ; mais les signes de l'asphyxie ne sont généralement pas constatés. « Nous pensons, dit M. Vibert, qu'en pareil cas, la mort se produit par le mécanisme suivant : l'obturation des orifices respiratoires ou la compression du thorax et de l'abdomen produites accidentellement pendant le sommeil, occasionne par voie réflexe, soit un arrêt simultané de toutes les fonctions nerveuses, soit un arrêt portant d'abord et principalement sur les fonctions respiratoires, permettant par suite une certaine survie et un commencement d'asphyxie véritable. Le point de départ de l'action réflexe peut d'ailleurs être autre que celui que nous venons d'indiquer, et consister en une excitation portant sur un organe interne. Mais, en tout cas, la production de cet arrêt réflexe, de cete inhibition mortelle, serait considérablement favorisée par le sommeil, car presque tous les faits de mort subite de ce genre surviennent chez des petits enfants endormis ».

Il y a des individus qui meurent subitement après ingestion de boissons froides.

OBSERVATION XVII

(Due à Pyl. — Christison, on poison, p. 108, third édition).

Un individu se querellait avec son camarade, et au moment où il était le plus animé par la colère, il avala un verre de bière ; il tomba aussitôt privé de connaissance et de mouvement et mourut immédiatement. Une enquête judiciaire eut lieu, mais l'autopsie ne fit rien découvrir qui justifîât le soupçon d'empoisonnement émis par la veuve. Pyl déclare que la mort était due à l'impression subite du froid.

OBSERVATION XVIII

(Duncan).

Un relieur d'Edimbourg boit un grand verre d'eau froide. Aussitôt après, douleurs épigastriques, vomissements spasmodiques, mort après 12 heures. Autopsie : aucune lésion appréciable.

Il est difficile de ne pas songer à l'inhibition dans le cas suivant :

OBSERVATION XIX (Vibert)

Un homme, après avoir pris 15 centigrammes de santoline, éprouva bientôt des douleurs de ventre, eut des syncopes répétées, et mourut au bout de quelques heures. On trouva à l'autopsie tous les organes dans un état d'intégrité complète.

Une observation de mort subite dans la lithiase biliaire, due à M. le Professeur Brouardel, est d'autant plus intéressante qu'elle est presque unique.

OBSERVATION XX

(Brouardel. — Mort subite).

Une jeune femme de 25 à 30 ans, bien constituée, vigoureuse, première employée dans une fabrique de plumes de la rue du Caire, a un rendez-vous à Lagny. Ayant peur de manquer le train, elle court à la gare de l'Est, puis arrivée sur la place de Strasbourg, elle s'aperçoit qu'il lui reste quelques minutes, et elle entre dans un café ; elle boit du sirop de groseilles avec de l'eau de seltz, paye, prend son billet de chemin de fer et monte en wagon. A peine le train s'était-il mis en marche que cette jeune femme est prise de coliques horriblement douloureuses, et elle dit aux personnes qui se trouvaient dans son compartiment : « On a dû m'empoisonner au café, j'é ne sais ce que je viens de boire ». Enfin, elle arrive à Lagny, où elle est attendue, mais, comme elle est de plus en plus souffrante, ses amis la conduisent dans un hôtel près de la gare. Un médecin appelé en toute hâte, les rassure, et affirme que la malade souffre de coliques hépatiques. Les douleurs augmentent néanmoins et la pauvre femme meurt dans la nuit. A l'hôtel, on s'émeut, on s'enquiert, on s'étonne un peu en apprenant les conditions dans lesquelles la malade avait quitté Paris ; le commissaire de police intervient, et le corps est envoyé à la Morgue, où il est procédé à son examen.

Le canal cholédoque contenait un calcul assez volumineux et le vésicule biliaire en renfermait un grand nombre....

Comment la mort a-t-elle pu se produire en l'absence de toute perforation ou d'autres lésions anatomiques graves? La mort est entièrement due à un arrêt du cœur, déterminé par une inhibition provoquée par l'excitation des filets du pneumogastrique qui se distribuent au foie.

Enfin, certains individus ont un système nerveux si impressionnable qu'une simple émotion suffit à les tuer. On raconte que Sophocle, Denys le Tyran, Pitt, succombèrent à l'annonce d'une nouvelle imprévue. Xerxès, le poète Philémon moururent par suite d'un rire excessif (Valère-Maxime).

OBSERVATION XXI

Une jeune paysanne de 18 ans rencontra dans la campagne deux jeunes gens qui se mirent à la chatouiller. La jeune fille, très chatouilleuse, fut prise d'un accès de rire intense qui se termina par la mort.

M. Wachholz, qui rapporte cette aventure, discute la question du mécanisme de la mort. Y a-t-il eu shock ou asphyxie? Il conclut à la première de ces deux étiologies et voici comment il explique les faits. Le rire consiste physiologiquement en une inspiration suivie de courtes expirations, plus ou moins profondes et successives. Les expirations deviennent forcées, et pour les effectuer il se produit une contraction des muscles de l'abdomen ; les intestins

et le diaphragme sont comprimés. Une pression prolongée sur le diaphragme produit une compression des nerfs pneumogastrique et phrénique ; l'irritation et la paralysie de ces nerfs aboutit à la mort (*Przegląd lekarski* n° 27).

OBSERVATION XXII

Un colon alla, avec quelques Arabes, attaquer une panthère... A peine eut-il tiré son coup de fusil, que la panthère se précipita sur lui et le saisit entre ses pattes ; les coups de feu des Arabes l'abattirent immédiatement et on retira le colon de ses griffes. Il portait quelques piqûres à l'épaule, mais ces piqûres étaient très superficielles et avaient à peine saigné. Cependant le colon était dans un état de prostration extrême : pâleur de la face et refroidissement. Il avait toute sa connaissance, mais était encore sous une impression de terreur indicible : il mourut le lendemain.

Autopsie : pas de lésions, ni dans les organes abdominaux et thoraciques, ni dans les centres nerveux ; les plaies produites par les griffes de la panthère à l'épaule étaient tout à fait superficielles et n'avaient pas atteint l'articulation. (Vincent. Thèse agrég. 1878, 7. 389).

OBSERVATION XXIII

(Marchal, de Calvi. Bonin, Thèse 1861, p. 54).

Un prisonnier militaire, âgé d'environ 25 ans, d'un esprit inquiet, ombrageux, et timoré, était entré au Val-de-Grâce pour une indisposition. Une note détaillée, adressée en même

temps que le malade par le médecin de la prison, avait beaucoup fixé son attention, parce qu'il craignait qu'elle ne renfermât des renseignements fâcheux sur son compte. Ne sachant pas lire, il avait été obligé de s'en fier à ses camarades pour ce qu'elle contenait, et sa frayeur d'être renvoyé à la prison était grande lorsque vint le moment de la visite. M. Marchal, qui lui avait déjà donné des soins, le reconnut et se mit à lire la note explicative. Le malade était sur son séant, et le regardait avec crainte ; au même instant, il fit entendre une inspiration sibilante et se renversa en arrière ; il était mort, et tous les moyens employés pour le ranimer furent sans résultat.

A l'autopsie, on trouve les vaisseaux des méninges cérébrales gorgées de sang. Aucune autre lésion ne pouvait rendre compte de la mort.

Telles sont les principales observations de morts rapides et imprévues, produites par le mécanisme de l'inhibition, que nous avons pu rassembler. Il est vraisemblable d'ailleurs que, dans beaucoup d'autres cas où la mort a été très rapide, c'est encore ce mécanisme qu'on devrait invoquer pour expliquer des phénomènes qui paraissent à première vue obscurs et anormaux.

Pourquoi un coup très léger, une faible excitation, une simple émotion, suffisent-ils à arrêter subitement toutes les fonctions nerveuses ? C'est ce que les travaux des physiologistes vont nous apprendre.

DEUXIÈME PARTIE

Par ses propriétés sensibles qui le mettent en rapport avec le monde extérieur, par l'action qu'il exerce sur chacun des éléments de l'économie, le système nerveux est le régulateur de toutes les fonctions organiques.

Les organes qui président aux grandes fonctions vitales sont pourvus de deux sortes de nerfs antagonistes, les uns excitateurs, les autres modérateurs ou frénateurs, et le fonctionnement régulier de l'organe résulte de l'harmonie qui existe entre ces nerfs ; il suffit qu'un de ces nerfs soit excité ou paralysé, pour que l'équilibre soit rompu, pour que la fonction soit troublée ou abolie.

Il est nécessaire de connaître l'influence réciproque que les diverses parties du système nerveux exercent les unes sur les autres, pour bien comprendre le mécanisme de la mort par le système nerveux.

Lorsqu'une excitation quelconque vient agir sur des terminaisons nerveuses, elle est transmise par une fibre centripète à une cellule nerveuse centrale, qui la réfléchit, par une fibre centrifuge, sur un autre organe plus ou moins périphérique. Là, deux ordres de phénomènes peuvent se produire : des phénomènes d'excitation — des phénomènes d'inhibition.

Les phénomènes d'excitation sont, par exemple, un mouvement, volontaire ou involontaire, si l'organe est un muscle, une sécrétion, si l'organe est une glande. Ainsi, un type de mouvement réflexe est le clignement des paupières ; le contact de l'air, dessèche la conjonctive ; l'irritation produite détermine la contraction réflexe et involontaire du muscle orbiculaire des paupières. L'éternuement en est un autre exemple : l'irritation de la muqueuse nasale provoque, par voie réflexe, toute une série de phénomènes : mouvements inspiratoires et expiratoires, mouvements du visage, des épaules, écoulement de larmes, flux de mucus nasal.

L'irritation du nerf, au lieu de produire des phénomènes d'excitation, peut produire des phénomènes d'arrêt, inhiber la fonction de l'organe auquel elle est transmise. Si c'est un organe essentiel, et si l'arrêt de la fonction est définitif, la mort en est la conséquence. Ainsi, que l'on sectionne les deux pneumogastriques, aussitôt les battements du cœur s'accélèrent, le pouls devient fréquent ; mais que, dans ces conditions, on excite le bout périphérique du pneumogastrique par l'électricité ou autrement, les battements du cœur se ralentissent, s'arrêtent même complètement si l'irritation est forte.

Ce sont les frères Weber qui, en 1845, ont montré l'influence de l'excitation des pneumogastriques sur le cœur, donnant ainsi le premier exemple d'un nerf d'arrêt. Leurs expériences soulevèrent d'ailleurs de nombreuses objections, mais elles furent reprises et confirmées par Claude Bernard et Budje. Pflüger, en 1855, montra à son tour que les mouvements de l'intestin sont arrêtés par l'excita-

tion du splanchnique. Les travaux de Braam Hougkeest et de Morat, en 1872, permirent d'étendre à l'estomac cette action d'arrêt du splanchnique.

Il était donc nettement établi que l'excitation de certains nerfs arrête l'activité des organes auxquels ils se distribuent. Les expériences se multipliant, on admit bientôt que l'irritation d'un point quelconque du système nerveux peut donner lieu aux mêmes phénomènes.

Brown-Séquard créa le mot *inhibition*, et le définit : « un acte en vertu duquel, une propriété ou une activité, et secondairement une fonction ou une simple action, disparaît complètement ou partiellement, soudainement ou très rapidement, pour toujours ou temporairement, dans une ou plusieurs parties de l'organisme, à distance d'un point irrité du système nerveux, grâce à une influence spéciale exercée par l'irritation transmise de ce point à la partie ou aux diverses parties de l'organisme où cette disparition se manifeste ».

Il y a donc dans toute inhibition trois actes distincts :

1° Une irritation d'un point de l'organisme à une distance plus ou moins grande de la partie où l'inhibition se produit ;

1° La transmission de l'irritation à cette partie ;

3° La cessation d'une fonction.

Il est bien entendu qu'il s'agit de phénomènes actifs. La destruction de certaines parties du système nerveux peut avoir pour conséquence la suppression de certaines actions : « Si l'on écrase la tête d'un animal, on abolit évidemment toutes les activités dépendant de l'encéphale ;

il y a suppression d'activité par suppression d'organes, et non inhibition ». (Roger).

L'inhibition est dite périphérique, si l'irritation porte sur un nerf périphérique ; elle est dite centrale si l'irritation porte sur une région quelconque des centres nerveux.

L'arrêt du cœur sous l'influence de l'excitation des pneumogastriques est le type de l'inhibition périphérique. Repassons plus en détail les expériences qui le concernent. Les frères Weber, pour exciter les pneumogastriques, employaient des courants électriques intenses, si bien que Schiff, Herzen, Moleschott accusaient ces courants d'épuiser le nerf au lieu de l'exciter. Mais Pflüger et von Bezold obtinrent le ralentissement du cœur avec des courants faibles ; Schiff lui-même montra que l'excitation portée sur un seul des pneumogastriques suffit à produire le même phénomène. Plus tard enfin, Dastre et Morat, excitant des pneumogastriques avec des agents chimiques et physiques, obtinrent des résultats intéressants : chez une tortue, le simple attouchement avec une goutte de glycérine ou avec une solution de sel marin, le simple pincement ralentissaient les battements du cœur. Il est à remarquer que l'excitation électrique, même prolongée, a un effet temporaire ; au bout d'un certain temps, les battements du cœur réapparaissent, lents d'abord, puis avec un rythme plus rapide que celui qui précédait l'arrêt.

D'autre part, la section des pneumogastriques amène une accélération notable des battements du cœur, et cette accélération est durable.

Le pneumogastrique n'agit pas directement sur les

fibres musculaires du cœur, car, avant de se distribuer à celles-ci, il est en rapport avec des amas de cellules nerveuses dites ganglions intra-cardiaques. « L'activité du nerf inhibe les cellules ganglionnaires ; celles-ci, inhibées, suspendent leur dépense d'influx moteur ; les fibres musculaires, cessant d'être incitées, se relâchent ; l'arrêt du muscle est la conséquence de l'inhibition de l'appareil ganglionnaire extra-moteur ». (Rodet, de Lyon).

Le pneumogastrique peut encore arrêter le cœur lorsqu'il reçoit une influence centrale exagérée : la piqure du bulbe et les phénomènes qui en résultent sont le type le plus complet de cette inhibition centrale.

L'irritation des nerfs sensitifs est aussi très remarquable par son action sur le cœur. On sait, par exemple, que, dans les opérations douloureuses, lorsqu'on n'a pas obtenu l'anesthésie complète, le principal danger est l'arrêt du cœur. Il s'agit évidemment là d'un phénomène réflexe : l'excitation suit une voie centripète, arrive par l'intermédiaire de la moelle aux noyaux bulbaires du pneumogastrique, de sorte que tout revient à une action directe du pneumogastrique. Un phénomène semblable se produit dans les applications de chloroforme sur la peau.

De même, en mettant à nu l'intestin d'une grenouille, et en irritant la muqueuse, on arrête plus ou moins longtemps les battements du cœur (Goltz). On les suspend aussi en irritant la muqueuse stomacale (Oswald Neumann), surtout lorsque à l'exemple de Mayer et de Pibrans, on agit sur la face externe.

L'importance du pneumogastrique comme voie de transmission est prouvée par l'expérience suivante de

Brown-Séguard : si l'on écrase les ganglions semi-lunaires, les battements cardiaques s'arrêtent ; si l'on sectionne les pneumogastriques, l'écrasement n'a plus d'effet sur le cœur.

Il n'est même pas nécessaire que l'excitation soit douloureuse : « L'impression vive, quelque légère qu'elle soit, produite sur un nerf sensible, détermine toujours, comme effet initial, un ralentissement ou un arrêt diastolique du cœur. La condition nécessaire de cette perturbation est la conservation de l'appareil modérateur, centres bulbaires, tronc, ganglions cardiaques terminaux de pneumogastrique. Si l'on supprime une de ces parties, le phénomène cardiaque cesse de se produire ; en même temps que le ralentissement et l'arrêt du cœur, et d'une façon toute indépendante, on voit se produire la suspension de la respiration ; la brusquerie de l'impression est l'une des conditions requises pour l'arrêt du cœur chez les animaux » (Fr. Frank).

Enfin, des impressions morales elles-mêmes, joie, colère, etc., agissent sur l'appareil modérateur du cœur, et la volonté est capable dans certaines conditions d'inhiber les mouvements cardiaques. Brown-Séguard cite l'exemple célèbre du colonel Towshend et d'un étudiant qui arrêtaient leur cœur à volonté.

En somme, l'arrêt du cœur succède à l'irritation périphérique ou centrale du pneumogastrique ; mais il peut succéder à une irritation vive et subite, de quelque nature qu'elle soit.

Nous connaissons la syncope cardiaque. Etudions main-

tenant par quel mécanisme se produit la syncope respiratoire.

L'excitation du pneumogastrique n'amène pas seulement l'arrêt du cœur, elle provoque aussi l'arrêt de la respiration. C'est Traube qui a le premier observé ce phénomène, en 1847. Pour obtenir cet arrêt, l'excitant doit être appliqué sur le bout central du nerf et non sur le bout périphérique. D'autres nerfs sensitifs peuvent, lorsqu'ils sont irrités, arrêter les mouvements respiratoires : c'est ce qui arrive lorsqu'on comprime les nerfs du cou, les nerfs des narines (Schiff) ; on remarque aussi ce fait dans la submersion.

Rosenthal, en excitant le laryngé supérieur, arrête les mouvements respiratoires. Paul Bert, en 1870, étudie à son tour l'influence de l'excitation des pneumogastriques, et remarque que cette excitation n'a pas seulement pour effet de troubler et même de suspendre les mouvements respiratoires : il arrive souvent qu'elle entraîne une mort subite. Cette mort est remarquable par son apparition soudaine, et par l'absence absolue de tout mouvement convulsif. La mort subite ne peut donc être attribuée à une asphyxie. « Il n'est pas possible davantage de songer à une syncope par voie réflexe, dit P. Bert, puisque dans ces expériences les nerfs pneumogastriques étaient coupés. Nous sommes amenés à considérer cette mort comme obtenue tout simplement par une inhibition des centres nerveux consécutive à leur excitation exagérée par voie centripète.

« Je suis persuadé, dit encore P. Bert, que dans beaucoup de cas où l'on a attribué la mort à l'asphyxie, à la

syncope, la raison véritable était dans cette sidération du nœud vital par l'excitation périphérique. C'est ce qui a pu arriver par exemple lors de l'introduction dans le larynx de certains corps étrangers qui, incapables par leur volume d'oblitérer les voies aériennes, n'en ont pas moins entraîné la mort. C'est peut-être par l'excitation du laryngé supérieur qu'il faut expliquer la mort subite ».

Les expériences de Fr. Frank sont décisives : il met à nu le larynx, et excite les deux principales portions de la muqueuse laryngienne : la muqueuse sous-glottique se montre absolument réfractaire à cette excitation ; mais lorsqu'on touche la muqueuse sus-glottique dans un point quelconque de son étendue avec une solution concentrée d'alcali, l'animal fait un brusque mouvement d'inspiration et arrête ensuite, pour un temps variable, sa respiration en expiration. Le cœur se ralentit en même temps au point de ne plus donner, pendant une minute environ, qu'un battement par seconde, au lieu de 3 ou 4 battements normaux.

Après l'arrêt du cœur et de la respiration, nous devons nous occuper de l'arrêt vasculaire, de l'inhibition par paralysie vaso-motrice.

Les parois musculaires des vaisseaux reçoivent deux espèces de nerfs, les uns constricteurs, les autres dilateurs. La dilatation des vaisseaux peut se produire de deux façons : soit par le repos même des constricteurs, et alors elle est passive ; soit par l'activité des vaso-dilatateurs, qui font se relâcher les fibres musculaires en s'opposant à l'influence des premiers ; elle est alors active. Cl. Bernard, en 1851, montra que la section du sympa-

thique cervical chez un lapin produit la dilatation des vaisseaux de l'oreille ; c'était un exemple de vaso-dilatation passive. En 1858, il excitait la corde du tympan et obtenait la dilatation des vaisseaux de la glande sous-maxillaire, donnant ainsi un exemple de vaso-dilatation active. Les faits de même nature se multiplièrent avec les découvertes de Lépine, Vulpian, Schilf, Jolyet, Dastre et Morat. La vaso-dilatation est un phénomène d'inhibition péripnérique.

Comment les nerfs vaso-moteurs sont-ils mis en jeu ? Vulpian enseigne que leurs centres moteurs sont multiples, qu'ils sont échelonnés le long de l'axe encéphalo-médullaire, et que des irritations produites sur une partie quelconque des téguments, pour peu qu'elles soient intenses, mettent en jeu l'activité de ces centres, et, s'irradiant le long de l'axe médullaire, amèneront des phénomènes de vaso-dilatation sur l'ensemble des petits vaisseaux de l'organisme, aussi bien de ceux de l'encéphale que des autres. On sait en tout cas que l'excitation centripète des nerfs sensitifs est singulièrement apte à produire la vaso-dilatation, soit dans la région du nerf excité, soit au contraire à distance : c'est ainsi qu'on obtient la vaso-dilatation abdominale par l'excitation du nerf de Cyon. Comme on le voit, l'analogie est complète entre ce mécanisme et celui de l'arrêt du cœur.

La syncope, à la suite d'une irritation, pourrait donc être produite par le mécanisme d'une anémie cérébrale réflexe, elle-même engendrée par une vaso-dilatation brusque des vaisseaux périphériques et la vacuité consécutive de ceux des centres nerveux, ou bien par une

vaso-constriction locale des vaisseaux encéphaliques.

Outre la syncope cardiaque et la syncope respiratoire, Brown-Séquard décrit une troisième variété, la syncope par arrêt des échanges gazeux. Elle est plus difficile à mettre en lumière. Nous avons vu que tous les organes sont pourvus de nerfs modérateurs et excitateurs ; il en est de même pour chaque élément histologique. Dans la mort par arrêt des échanges, les actes nutritifs sont tout à coup interrompus, et Brown-Séquard en faisant des recherches sur les causes de l'absence d'agonie dans les cas de mort subite par irritation des vagues, du grand sympathique, de la moelle épinière, et de l'encéphale, a constaté que le sang des veines est beaucoup moins forcé en couleur qu'à l'état normal, qu'il est quelquefois même aussi rouge que le sang artériel ; de plus il y a abaissement rapide de la température, et enfin les propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux durent bien plus longtemps qu'après les autres genres de mort.

Syncope cardiaque, syncope respiratoire, syncope par arrêt des échanges gazeux : ce sont ces trois syncopes, qui par leur association, nous expliquent, d'après Brown-Séquard, la mort rapide par inhibition. Autrefois, on parlait de mort subite par syncope, en désignant ainsi l'arrêt primitif du cœur. Mais inhibition et syncope ne sont point synonymes ; car il n'est pas du tout démontré que, dans la mort par inhibition, c'est le cœur qui est le *primum moriens*. Pourtant, à considérer la rapidité des phénomènes dans la plupart des cas, les syncopes doivent

se suivre à très brefs intervalles, et les fonctions des organes s'éteindre presque en même temps.

Ces considérations vont nous aider à comprendre les divers cas que nous avons exposés dans notre première partie, à expliquer comment il se fait que des individus, sous une influence minime, tombent foudroyés en quelques secondes.

Pourquoi une syncope mortelle succède-t-elle à une irritation de l'utérus ? Quelle voie suit le réflexe parti de l'utérus, pour inhiber en un instant toutes les fonctions vitales ? Deux explications sont possibles : ou bien il y a excitation du sympathique, vaso-dilatation abdominale, déplétion consécutive des artères du cerveau, par conséquent syncope par anémie cérébrale ; ou bien, ce qui est plus probable, car la syncope mortelle par anémie cérébrale est rare, les filets sensitifs contenus dans les nerfs sympathiques de l'utérus sont impressionnés, l'impression suit une marche centripète, gagne la moelle et le bulbe où elle vient agir sur les noyaux d'origine du pneumogastrique.

Les expériences de Rosenthal sur le laryngé supérieur, celles de F. Frank, celles de Brovn-Séguard nous permettent de comprendre qu'une irritation mécanique du larynx, de la trachée, et de la peau qui les recouvre, est capable de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration, et aussi celle de toutes les activités cérébrales ; car le laryngé supérieur partage avec le récurrent l'innervation du larynx. Comme pour l'utérus, c'est par l'intermédiaire de la moelle et des noyaux bulbaires du pneumogastrique que la syncope se produit. Ainsi s'ex-

pliquent ces cas bizarres de strangulation et de pendaison ne laissant pas de lésions internes.

Dans les cas de mort par coups sur le ventre, il est possible qu'on doive incriminer l'irritation du grand sympathique abdominal. D'autre part, nous connaissons les expériences de Goltz et celles d'Oswald Neumann. Peut-être la susceptibilité si délicate du péritoine est-elle un facteur important dans la production des phénomènes inhibitoires.

Nous expliquerons la mort par inhibition dans la submersion par l'expérience suivante de Brown-Séquard. Il plonge dans l'eau froide le museau d'un lapin ; la respiration s'arrête aussitôt. Il ne s'agit pas là d'un acte volontaire, car l'effet est exactement le même, si au préalable on a extirpé le cerveau, ou si le lapin a été trachéotomisé. L'excitation serait transmise au bulbe par la cinquième paire ; la face est en effet innervée par le trijumeau, nerf dont les origines sont assez proches de celles du pneumogastrique ; ou bien encore le réflexe serait produit par ce fait que l'eau vient au contact des muqueuses nasale et pharyngienne.

Nous savons enfin la part qui revient à l'émotion dans les cas d'inhibition mortelle. Là encore, il y a action réflexe. La voie centripète est représentée par un nerf sensitif ou sensoriel. Une impression vive, frappant nos sens, se transmet au bulbe et détermine des phénomènes d'arrêt.

TROISIÈME PARTIE

Les expériences des physiologistes nous ont appris que l'inhibition se produit avec d'autant plus de facilité que l'animal est d'un ordre plus élevé. Et, en effet, c'est bien l'homme qui est le plus sensible aux perturbations nerveuses, puisqu'un traumatisme, si léger qu'il soit, est susceptible de lui donner la mort.

Mais, de toutes les expériences sur les animaux, de toutes les observations constatées chez l'homme, il se dégage un fait très curieux et très intéressant : c'est qu'il n'y a aucun rapport constant entre l'intensité de la cause et la gravité des effets, alors que les conditions paraissent absolument identiques. Comment se fait-il aussi que les cas d'inhibition ne sont pas plus nombreux ?

Il existe donc quelques conditions qui favorisent ou entravent la production des phénomènes inhibitoires. Nous allons essayer de les dégager, de les fixer d'une façon un peu plus précise, en analysant les expériences et les observations.

Le sexe n'a sans doute pas une grande importance. Il semblerait, d'après nos observations, que la femme est moins sensible que l'homme ; et pourtant l'utérus est souvent le point de départ du réflexe.

L'âge mérite davantage d'être pris en considération. Un chirurgien anglais, W. Page, prétend que dans l'enfance et la vieillesse, l'influence inhibitrice du choc est moindre qu'à l'état adulte. C'est aussi l'opinion de Brown-Séquard qui a constaté le fait chez les nouveau-nés. Il est certain que les enfants supportent souvent des traumatismes avec une facilité étonnante. Est-ce que chez eux il n'y a pas d'influence morale ? Est-ce que, à cette période de la vie, il existe une indépendance fonctionnelle entre les divers centres ? Norris décapite des grenouilles adultes et constate que ces animaux deviennent immobiles pendant un certain temps, les réflexes médullaires sont supprimés. Il répète la même expérience sur de jeunes grenouilles ; il voit que les réflexes, loin d'être amoindris, sont souvent exagérés. Chez le vieillard, la susceptibilité réactionnelle est aussi très affaiblie. « Chez l'enfant, les phénomènes inhibitoires sont peu marqués parce que les centres d'arrêt ne sont pas suffisamment développés, chez le vieillard ils sont peu marqués parce que les centres sont affaiblis » (Roger).

La violence du choc et la douleur qui en résulte sont-elles des conditions indispensables à la production de l'inhibition ? Dans beaucoup de cas, on doit les invoquer : par exemple dans les opérations douloureuses, dans les coups violents portés sur l'abdomen, ou sur les testicules. Mais souvent aussi ils ne sont pas nécessaires : d'abord, il arrive que la mort survient sans traumatisme ; ensuite, le traumatisme lui-même peut ne pas être violent ni douloureux. Quelques-unes de nos observations le prouvent. Les cas de mort par irritation de l'utérus sont,

à cet égard, très instructifs. L'utérus est généralement considéré comme insensible : journellement, dans les services de gynécologie, on fait des curettages, des cautérisations, sans endormir les malades. Tardieu résume ainsi la sensation qu'éprouvent les femmes lorsqu'on introduit un instrument dans l'intérieur de la matrice ou qu'on perce les membranes : « Chez le plus grand nombre, l'opération détermine instantanément une douleur violente, un déchirement dans le bas-ventre et l'épigastre, suivi assez souvent d'attaques de nerfs, ou de défaillance, ou de perte complète de connaissance. Mais quelques femmes ne ressentent rien, à peine une sensation incommode, qu'elles désignent sous le nom expressif de farfouillement ; pour d'autres, c'est une simple piqure. Si c'est une injection qui a été faite, elles sentent un liquide qui monte dans le corps et n'accusent d'abord qu'une douleur modérée... » Nous avons vu, dans notre première partie, que les manœuvres de la fille Thomas n'occasionnaient presque jamais de douleurs ; pourtant « elle manœuvrait à l'aveugle et promenait sa canule dans tous les sens jusqu'à ce qu'elle rencontrât l'orifice du col... et justement, les quelques femmes qu'elle désigne comme « ayant la matrice de travers » (chez lesquelles par conséquent l'excitation du col aurait dû être prolongée et douloureuse) n'ont pas eu d'accidents nerveux ». Il faut bien admettre aussi que dans les observations V, VI et VII l'irritation de l'utérus n'a pas été douloureuse.

Les antécédents de l'individu, l'état de misère doivent certainement entrer en ligne de compte et favoriser l'apparition de la syncope. Voici, à ce sujet, une expérience

due à Cl. Bernard : une tourterelle privée de nourriture pendant plusieurs jours tombe et meurt instantanément quand on lui pince la patte. De même, on sait que les Fakirs indiens sont en état d'inanition lorsqu'ils inhibent leur cœur, leur respiration, leur activité intellectuelle et les échan- gent entre leurs tissus et leur sang, et réussissent ainsi à rester des mois entiers, sans alimentation, dans un état spécial d'hibernation. Cette influence de l'état de faiblesse nous expliquerait au moins comment les injections intra-utérines peuvent provoquer l'arrêt réflexe du cœur chez des femmes affaiblies par l'accouchement et l'hémorrhagie consécutive.

L'influence de la digestion a beaucoup attiré l'attention des physiologistes ; elle a été mise en relief et étudiée par M. Vibert. L'expérience de Goltz (arrêt du cœur par irritation de l'intestin, arrêt d'autant plus net que l'intestin est enflammé) a son intérêt, car un estomac ou un intestin en période d'activité sont pour ainsi dire enflammés. Beaucoup de faits prouvent l'importance de la période digestive. Dans l'histoire de la fille M... (Obs. I), nous retrouvons cette circonstance : une heure avant de se faire avorter, elle avait mangé abondamment ; M. Vibert déclare que dans deux cas de mort subite à la suite de coups de pied dans le ventre, l'estomac était en pleine activité. La thèse de Legros cite une statistique constatant qu'à Lyon, sur 32 autopsies de mort subite, l'état de plénitude de l'estomac avait été rencontré 15 fois. « Je crois, dit le professeur Lacassagne, que l'estomac mérite de plus en plus le nom de quatrième cavité que je lui ai donné à cause de son importance médico-légale. Il est le centre de phé-

nomènes réflexes et vaso-moteurs de premier ordre. Sous l'influence d'une digestion difficile, d'un aliment qui ne passe pas, il se produit des toux convulsives, de l'oppression, de la dyspnée, et d'autres fois des accès d'asthme et même des convulsions. L'estomac est donc le point de départ du réflexe qui, par l'intermédiaire du pneumogastrique, détermine des modifications dans la circulation pulmonaire ».

Si toutes ces conditions, douleur, digestion, etc, peuvent favoriser la production des phénomènes réflexes, elles ne suffisent pas à l'expliquer. Il faut plus : on doit tenir compte de l'impressionnabilité morale, de l'état psychique du sujet. Cet état existe bien, puisque nous avons vu qu'une émotion suffisait à tuer certaines gens. Mais pouvons-nous le définir ? Certainement non. Nous ne pouvons pas davantage définir l'état physiologique particulier des sujets qui succombent dans de telles conditions.

Nous prenons toujours comme exemple l'observation I, intéressante par la multitude des circonstances qui ont précédé et accompagné la mort. « Une heure après avoir pris son repas, la fille M... est avertie que la fille Thomas est prête à l'opérer ; elle se décide à aller de suite au rendez-vous qui lui était donné à l'improviste, et elle s'y rend en toute hâte... Il faisait une chaleur étouffante, paraît-il, dans la chambre où l'attendait la fille Thomas, parce qu'on y soignait deux enfants atteints de rougeole ». Quelle est la part qui revient à chacune de ces influences : chaleur, hâte, peur, etc. ? Nous n'en savons rien. Nous savons simplement que les conditions psychologiques et

physiologiques sont transitoires, puisque, par exemple, une même manœuvre abortive exercée deux fois de suite sur une même femme reste inoffensive, et à la troisième fois, provoque une inhibition mortelle. D'ailleurs, et c'est assez curieux, le traumatisme physique, et le traumatisme en quelque sorte moral, sont en désaccord. Ainsi un homme qui vient de subir un traumatisme grave écoute avec indifférence une mauvaise nouvelle ; réciproquement un traumatisme grave ne détermine pas souvent de troubles nerveux chez un homme accablé par un choc moral.

En somme, l'inhibition ne se produit chez un individu qu'en vertu d'un état psychique particulier auquel viennent s'ajouter des conditions physiologiques variables, dont la plus importante semble être la période digestive.

Nous avons défini la mort subite : la mort précédée de circonstances rapides et imprévues. Dans aucun cas, ces circonstances ne sont aussi imprévues ni aussi rapides que dans la mort par inhibition. Imprévues : les gens succombent dans le cours d'une excellente santé ; d'ailleurs nous n'acceptons l'inhibition que si la mort survient chez des individus qui ne sont porteurs d'aucune lésion. Rapides : car, en général, on a à peine le temps d'analyser les symptômes. C'est un des caractères que Brown-Séquard assignait à la mort par inhibition, de survenir sans agonie, sans convulsions, dans le plus grand calme. La plupart des observations ne donnent pas de détails sur les phénomènes observés au moment de la mort. Quand il y en a, ils sont assez variables. Ainsi, dans l'observation IV, de cette femme morte

après une injection intra-utérine, voici ce qui a été observé : « Au moment où on termine l'injection, la malade a une sorte d'attaque convulsive ; les bras se relèvent, contracturés, le pouce se fléchit dans la paume de la main, la respiration s'arrête. Au bout de quelques instants, 5 à 6 secousses brusques du diaphragme se produisent, semblables à des hoquets ; la face se congestionne, les pupilles sont très dilatées ; on pratique, mais en vain la respiration artificielle, la malade avait succombé. » D'autres fois, les phénomènes sont moins bruyants. Dès l'instant où le coup est porté, l'individu tombe ; la mobilité et la sensibilité sont complètement abolies ; les muqueuses sont décolorées, exsangues ; les lèvres pâles, le visage sans expression ; les globes oculaires sont entraînés en haut ; en quelques secondes, les réflexes conjonctivo-palpébraux ont disparu : c'est la mort sans autre agonie. Dans tous les cas, ce sont les symptômes d'un choc nerveux définitif. Pourtant le terme de « rapide » appliqué à la mort par inhibition n'est pas absolu : la durée des phénomènes est excessivement variable, comme le montrent nos observations. De même, la mort n'arrive pas toujours immédiatement après le coup, elle n'est pas toujours simultanée du choc. On n'a qu'à se rappeler les expériences sur les pneumogastriques : l'arrêt du cœur suit de très près le moment de l'application de l'excitant au nerf, mais ne coïncide pas absolument avec lui.

L'autopsie des individus morts par inhibition étant toujours négative, nous ne nous y arrêterons pas. Le plus souvent, en effet, on ne trouve que des lésions insignifiantes, telles que des piquetés hémorragiques au niveau de l'encé-

phale. Ce qu'on retrouve dans presque toutes les observations, c'est une congestion intense des viscères abdominaux : le système porte est rempli de sang ; au lieu d'être noir, le sang veineux est rouge. En somme il n'y a rien de matériel qui peut expliquer la mort.

Les cas de mort subite survenue dans les circonstances si diverses que nous venons d'étudier ont une importance considérable. C'est ainsi que, sachant que la mort peut survenir au début d'une chloroformisation, le chirurgien prend toujours la précaution de n'opérer les malades que lorsque l'anesthésie est complète. C'est ainsi, encore, que l'on doit faire les injections intra-utérines suivant certaines règles pour diminuer les possibilités d'occasionner une syncope. Sachant qu'un traumatisme sur le ventre ou le larynx peut provoquer une mort subite, le médecin sera prudent, en prescrivant des douches, de recommander au malade de recevoir le jet sur le dos et non pas sur la poitrine ou l'abdomen ; à plus forte raison si l'eau est froide.

Mais il est évident que, malgré toutes les précautions qu'on pourrait prendre, les phénomènes inhibitoires sont susceptibles de se produire dans certains cas. Nous prendrons un exemple qui pour le médecin est d'un intérêt capital. Un médecin, appelé auprès d'une femme, juge, pour une des multiples raisons qui peuvent la motiver, qu'une injection intra-utérine est nécessaire. Il la fait lui-même, avec toutes les précautions habituelles. Mais l'injection est à peine commencée que la malade tombe en syncope et, malgré tous les moyens employés pour la ranimer, meurt en quelques secondes. Aussitôt la justice

est saisie de l'affaire et le médecin est poursuivi; un expert est commis pour procéder à l'autopsie de la femme et donner des conclusions.

Cela nous amène à rechercher le rôle du médecin légiste dans le cas de mort subite par inhibition. Ce qui intéresse la justice, dans une affaire relative à la mort d'un individu, c'est de savoir si la mort est naturelle, consécutive à une maladie, ou violente, consécutive à des blessures. D'autre part, on n'invoque l'avis d'un expert que pour savoir « si les coups portés ou les blessures faites volontairement ou involontairement mais sans intention de donner la mort l'ont pourtant occasionnée... » (art. 309 du code pénal).

Eh bien, dans le cas de mort à la suite d'un choc sur le larynx, sans lésions à l'autopsie, l'expert pourra-t-il dire en justice qu'une constriction, même très légère, du larynx, est susceptible de déterminer la mort? Oui. Autrefois on n'admettait pas que cela pût arriver. En 1878, se déroulait aux assises l'affaire de la femme Le Manach. L'inculpé Billoir prétendait lui avoir donné un coup de pied dans le ventre, par dessous ses jupes, pendant qu'elle était accroupie et occupée à allumer le feu. La femme serait tombée morte. Mais les médecins légistes n'accordèrent aucune croyance à ce fait. En l'état actuel de la science, la mort subite par inhibition est admise par tous les médecins. Les expériences et les observations sont probantes. Au reste, nous ne faisons que donner l'opinion des maîtres en médecine légale : Casper, Brouardel, Maschka, Paltauf, etc.

Il y a déjà eu en justice des affaires où le mécanisme

de l'inhibition a été invoqué. Dans l'observation XII, Maschka avait mis dans ses conclusions : « L'expérience enseigne que des coups violents portés sur la région de l'estomac peuvent déterminer la mort par irritation et excitation des plexus nerveux, si importants au niveau de cette région, irritation qui, par voie réflexe, amène l'arrêt du cœur et de la respiration, ou, comme d'autres le veulent, un rétrécissement des artères du cerveau et de la moelle allongée... Que si l'on considère que l'on ne saurait trouver d'autre cause de mort dans le cas qui nous est soumis, force est d'admettre que le coup porté dans le cas présent doit être rangé parmi les blessures mortelles. » Le Dr Vibert, à propos d'un cas de mort à la suite d'une contusion de l'abdomen, concluait dans son rapport médico-légal : « La mort doit être attribuée à un coup sur l'abdomen. » De même, dans l'affaire de la fille Thomas, il conclue : « La mort doit être attribuée à une syncope produite par l'excitation de la matrice au moment où la femme Th. a introduit une canule dans cet organe. »

Dans toutes ces conclusions, nous voyons la relation de cause à effet entre la blessure et la mort. Toutefois, comme le diagnostic de mort par inhibition se fait par exclusion, il ne faudrait pas formuler ce diagnostic dans tous les cas où la mort ne peut s'expliquer. Nous répéterons ce que nous disions dans notre première partie : pour invoquer l'inhibition il faut connaître les circonstances qui ont précédé la mort, si rapides et si imprévues qu'elles aient été.

L'art. 309 dit : « si les coups portés volontairement,

mais sans intention de donner la mort... ». Dans la plupart de nos observations le coup est certainement volontaire, mais certainement aussi il a été porté sans intention de donner la mort, car la plupart des individus ne pouvaient pas entrevoir les suites possibles des blessures qu'ils ont faites. C'est ce que Maschka exprime dans ses conclusions : « De pareils coups n'amènent que rarement la mort, et l'agresseur ne pouvait prévoir les conséquences de son acte ». Pourtant, on peut aller loin dans la discussion et prétendre que certains inculpés, plus instruits, savaient la gravité de l'acte qu'ils allaient commettre ; mais il faudrait admettre dans ce cas, en raison de la rareté de pareils faits, une coïncidence vraiment incroyable. Sans doute on peut tuer quelqu'un par un léger choc sur l'abdomen ; mais nous croyons que celui qui voudrait se débarrasser d'un autre n'aurait pas beaucoup de chances de réussir en lui « tapant sur le ventre ».

En général, la justice ne réclame pas de l'expert une opinion personnelle sur l'intention ou la préméditation. Mais, dans le cas que nous supposions il y a un instant, du médecin qui serait poursuivi pour avoir occasionné la mort en faisant une injection intra-utérine, la justice ne manquera pas de demander à l'expert : Y a-t-il eu maladresse, imprudence, négligence, etc. de la part du médecin ? Dans ce cas, il est clair que la réponse de l'expert sera entièrement subordonnée aux constatations de l'autopsie, et aux résultats généraux de l'enquête sur les circonstances qui ont précédé la mort.

CONCLUSIONS

1° Un coup porté sur l'abdomen, sur le larynx, une irritation de l'utérus provoquée par des manœuvres abortives ou obstétricales, peuvent déterminer une mort subite, sans que l'autopsie révèle de lésions capables d'expliquer la mort.

2° On admet, dans les différents cas de ce genre, qu'il y a eu inhibition, c'est-à-dire arrêt brusque des fonctions du cœur et de la respiration, à la suite de l'excitation périphérique.

3° C'est par ce mécanisme que meurent certains noyés chez lesquels l'autopsie est négative.

4° Il faut admettre, chez les individus qui succombent dans ces conditions, une susceptibilité toute particulière probablement favorisée par certaines circonstances dont la principale semble être la période digestive.

5° Ces faits ont une importance considérable, surtout en médecine légale. Le médecin-légiste, lorsqu'une autopsie est négative, et que les circonstances de la mort sont bien connues, est autorisé à invoquer le mécanisme de l'inhibition.

Vu par le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Aran.** — Mort subite. Arch. génér. de méd., 4^e série, t. **XV** et **XIX**.
- Bar P.** — Des méthodes antiseptiques en obstétrique. Th. agrég. Paris, 1883, n^o 1. Accidents, p. 227 et suiv.
- Bastien et Vulpian.** — Comptes-rendus de l'Académie des sciences, 1855.
- Claude Bernard.** — Leçons de physiol. expérim., année 1872. Pathologie expérimentale (p. 120).
- Paul Bert.** — Travaux originaux, 1878. Mort subite par excitation du pneumogastrique ou des nerfs laryngés sup. In Gaz. hebd., 1876, p. 796.
- Bonvalot.** — Thèse Paris, 1892, n^o 107.
- Brouardel.** — De la mort subite.
- Brown-Séguard.** — Art. inhibition du Dict. encycl. des sc. m. Archives de médecine, 1856. Leçons professées au collège de France. Gaz. hebd., 1881, p. 380. Soc. de biologie; 19 juin 1880, 27 nov. 1880; 8 janv. 1881, 21-28 mars 1885; janv. 1888.
- Dastre et Morat.** — Soc. de biologie, 9 février 1878; 2 mars 1878; 23 novembre 1878; 23 octobre 1880. Académie des sciences, 11 novembre 1878; 2 déc. 1878; 12 févr. 1883. Gaz. hebd., 1877, p. 543.
- M. Duval.** — Traité de physiologie.
- Faivre.** — Thèse de Nancy, 1890, n^o 307.
- François-Frank.** — Recherches sur le mécanisme des acci-

dents cardiaques causés par les impressions douloureuses. In Gaz. hebd., 1876, p. 773 et 789. Académie des sciences, 2 déc. 1878 ; 5 mai 1879.

Gascon. — Thèse Paris, 1896, n° 401.

Getten. — Thèse Paris, 1891, n° 176.

Goltz. — Virchow's Archiv., XXVI, t. 2 et XXIX, p. 394.

Lancereaux. — Sem. médic., 24 janvier 1894, p. 33.

Le Blond. — Ann. hyg. et méd. lég., 1884, t. XX, 41. p. 520.

Legros. — Thèse Lyon, 1894, n° 885.

Minovrici. — Mort subite à la suite de coups portés sur l'abdomen et le larynx. Thèse Paris, 1888, n° 233.

Oswald Neumann. — Pfluger's Archiv., 1871-72.

Perrin de la Touche. — Ann. hyg. et méd. lég., 1896, p. 71.

Rodet. — Actions nerveuses d'inhibition. Thèse agrég. Paris, 1886, n° 7.

Roger. — Inhibition et choc nerveux. In arch. de phys., 1893.

Silvestre. — Thèse Paris, 1892, n° 147.

Tarchanoff. — De l'appareil modérateur du cœur. In travaux du labor. du prof. Marey, 1876, t. 2.

Tardieu. — Art. avort. du Dict. de méd. et de chirurgie. La pendaïson, 1879.

Tourdes. — Art. mort subite du Dict. encyclop. des sc. méd.

Vibert. — Traité de méd. légale. Communication à la soc de méd. lég., juillet 1890. Relation médico-légale de l'affaire Thomas. Soc. de méd. lég., novembre, 1892.

